

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTİYANA)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. T P2A0 POST
PARTUM SPONTAN DENGAN RIWAYAT KETUBAN PECAH
DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI**

NASKAH PUBLIKASI



Oleh :
KRISTİYANA
J200 110 032

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2014**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM
SPONTAN DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI RUANG
DAHLIA
RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI
(Kristiyana, 2014, 59 halaman)

ABSTRAK

Latar Belakang : Ketuban pecah dini apabila terjadi pada usia kehamilan lebih dari 36 minggu dan belum ada tanda-tanda persalinan maka dilakukan persalinan induksi. Pada kasus tertentu bila induksi partus gagal, maka dilakukan tindakan operasi sesaria.

Tujuan : Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan post partum spontan dengan indikasi ketuban pecah dini meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil nyeri pasien berkurang dari skala 7 menjadi 2, konstipasi sudah teratasi dan tidak terjadi adanya tanda-tanda infeksi.

Kesimpulan : Kerjasama antar tim kesehatan dan pasien/keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien, komunikasi terapeutik dapat mendorong pasien lebih kooperatif, teknik relaksasi progresif dapat mengurangi rasa nyeri dan merupakan tindakan yang disukai pasien. Makanan tinggi serat sangat dibutuhkan untuk mencegah konstipasi, kebersihan individu dan perawatan diri dapat mencegah infeksi.

Kata Kunci : Masa nifas, ketuban pecah dini, nyeri.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTİYANA)

NURSING CARE Ny. T P2A0 POSTPARTUM SPONTAN WITH
INDICATION PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN ROOM
DAHLIA RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI
(Kristiyana, 2014, 59 page)

ABSTRACT

Background: premature rupture occurs when the gestational age of more than 36 weeks and no signs of labor induction of labor is carried out. In the particular case when the induction of parturition fails, then performed a cesarean surgery. Objective: To determine nursing care in patients with post partum spontaneous premature rupture indications include assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation of nursing.

Results: After 3x24 hour nursing actions for pain patients showed reduced from 7 to 2 scale, constipation is resolved and there is no signs of infection.

Conclusion: Cooperation between the healthcare team and the patient / family is indispensable for the success of nursing care to the patient, the patient's therapeutic communication can encourage more cooperative, progressive relaxation techniques can reduce pain and is the preferred measure patient. Foods high in fiber are needed to prevent constipation, individual hygiene and self-care can prevent infection.

Keywords: postpartum period, premature rupture of membranes, pain.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

HALAMAN PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Dosen Penguji Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa
Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta dan diterima
untuk melengkapi tugas-tugas dan memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan
program pendidikan Diploma III Keperawatan.

Hari : Sabtu

Tanggal : 19 Juli 2014

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Nama Terang

Tanda Tangan

Penguji I Sulastris, S.Kp., M.Kes

()

Penguji II Winarsih Nur A, S.Kep., Ns., ETN., M.Kep (

)

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta



Dr. Suwadij, M.Kes

NIP : 195311231983031002

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Asuhan keperawatan pasca persalinan diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak. Berakhirnya proses persalinan bukan berarti ibu terbebas dari bahaya atau komplikasi. Berbagai komplikasi dapat dialami ibu pada masa nifas dan bila tidak tertangani dengan baik akan memberi kontribusi yang cukup besar terhadap tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia.

Komplikasi potensial KPD yang sering terjadi adalah resiko infeksi, prolaps tali pusat, gangguan janin, kelahiran premature dan pada usia kehamilan 37 minggu sering terjadi komplikasi sindrom distress pernafasan (RDS, *Respiratory Distress Syndrome*) yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir.

Menurut Depkes RI tahun 2011 menjelaskan sekitar 30% kejadian mortalitas pada bayi preterm dengan ibu yang mengalami ketuban pecah dini adalah akibat infeksi, biasanya infeksi saluran pernafasan (asfiksia). Selain itu, akan terjadi prematuritas. Sedangkan, prolaps tali pusat dan malpresentasi akan lebih memperburuk kondisi bayi preterm dan prematuritas.

Tujuan

Meningkatkan ketrampilan, kemampuan mengetahui, dan menerapkan asuhan keperawatan pada

pasien post partum spontan dengan riwayat ketuban pecah dini di ruang Dahlia RSUD Pandan Arang Boyolali.

TINJAUAN PUSTAKA

1. Pengertian

Masa Nifas merupakan suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu. Pada masa ini, ditandai oleh banyaknya perubahan fisiologi. (Cunningham, F, et al, 2013)

Ketuban Pecah Dini adalah pecah ketuban sebelum awitan persalinan pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu. Insiden sebanyak 8-10% kehamilan cukup bulan. (Dutton, L, 2011)

2. Etiologi

Penyebab pasti dari KPD ini belum jelas, akan tetapi ada beberapa keadaan yang berhubungan dengan terjadinya KPD ini, menurut (Mitayani, 2009) di antaranya adalah sebagai berikut :

- a. Trauma: amniosintesis, pemeriksaan pelvis, dan hubungan seksual.
- b. Peningkatan tekanan intrauterus, kehamilan kembar, atau polihidromnion.
- c. Infeksi vagina, serviks atau korioamnionitis streptokokus serta bakteri vagina.

- d. Selaput amnion yang mempunyai struktur yang lemah/selaput terlalu tipis.
- e. Multipara dan peningkatan usia ibu.
- f. Defisiensi nutrisi.

3. Tanda dan Gejala KPD menurut (Nugroho, T 2012) adalah:

- a. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
- b. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak berbau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- c. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

4. Komplikasi KPD, menurut (Norwitz, E, et al, 2008) :

- a. Komplikasi pada neonatus berhubungan erat dengan prematuritas, termasuk juga sindrom gawat napas (*respiratory distress syndrome*, RDS), perdarahan intraventrikel, *intraventricular haemorrhage*, IVH), sepsis, hipoplasia paru (terutama pada kasus KPDP di usia <22 minggu) serta deformitas skeletal (berhubungan dengan tingkat keparahan dan lamanya KPDP).
- b. Komplikasi pada ibu mencakup peningkatan kejadian persalinan melalui bedah sesar (akibat malpresentasi, prolaps tali pusat),

infeksi intra-amnion (15-30%), dan endometritis pascapersalinan.

5. Patofisiologi

Pada kondisi yang normal kolagen terdapat pada lapisan kompakta amnion, fibroblast, jaringan reticule karion dan trofoblas, sintesis maupun degradasi jaringan kolagen dikontrol oleh system aktivasi dan inhibisi interleukin -1 (iL-1) dan prostaglandin, tetapi karena adanya infeksi dan inflamasi terjadi peningkatan aktivasi iL-1 dan prostaglandin yang menghasilkan kolagenase jaringan, sehingga terjadi depolimerasi kolagen pada selaput korion/amnion. Hal ini menyebabkan ketuban tipis, lemah dan mudah pecah spontan sehingga terjadi KPD (Manuaba, 2004).

Pada saat persalinan yang dilakukan episiotomi, mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan menekan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri dimana ibu merasa cemas sehingga takut BAB dan menyebabkan konstipasi. Terputusnya jaringan menyebabkan resiko infeksi apabila tidak dirawat dengan baik. Ibu bersalin mengalami perubahan fisiologis salah satunya terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron, sehingga terjadi peningkatan hormon prolaktin yang menghasilkan pembentukan ASI. Apabila ASI tidak keluar disebabkan oleh kurang pengetahuan ibu, suplai

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

tidak adekuat berarti proses laktasi tidak efektif. Perubahan psikologis juga terjadi pada masa nifas, masa ini merupakan masa kritis. Ketidaksiapan menerima anggota baru dalam keluarga dapat mengakibatkan resiko ketidakmampuan menjadi orang tua. (Bobak, I. M, et al, 2004)

TINJAUAN KEPERAWATAN

1. PENGKAJIAN

Menurut (Green and Wilkinson, 2012) :

a. Nutrisi

- Ds : 1) Makanan/cairan saat ini
2) Mual/muntah
3) Permintaan untuk makanan khusus

- Do : 1) Berat badan pada akhir kehamilan
2) Berat badan saat ini

b. Eliminasi

- Ds : 1) Berkemih dalam waktu 6 jam setelah melahirkan (ya/tidak)
2) Waktu BAK/BAB terakhir

- Do : 1) Kandung kemih dapat dipalpasi (ya/tidak)
2) Bising usus

c. Aktifitas/Istirahat

- Ds : 1) Jumlah tidur/istirahat sebelum persalinan

- 2) Rencana pengaturan istirahat setelah kembali ke rumah

- Do : 1) Status mental, ketegagaan
2) Durasi persalinan

- 3) Melakukan ambulasi secara mandiri/dengan bantuan (sebutkan)

d. Persepsi Diri

- Ds : 1) Perasaan tidak berdaya atau putus asa

- 2) Mengungkapkan tentang persalinan dan kelahiran, bagaimana persalinan dan kelahiran tersebut sama/beda dari harapan ibu

- Do : 1) Tingkat keterlibatan dalam pengambilan keputusan tentang asuhan diri dan bayi

- 2) Jumlah kontak mata

e. Seksualitas

- Ds : 1) Kekhawatiran pasangan
2) Jenis alat kontrasepsi yang direncanakan setelah pulang

- Do: 1) Masalah/komplikasi/penanganan intrapartum.

- 2) Pemeriksaan perineum (edema, ekimosis, episiotomi, leserasi)

f. Kenyamanan

- Ds : 1) Nyeri (lokasi, frekuensi, derajat, durasi)

- 2) Ketidaknyamanan lain (misal, gatal)

- Do : 1) Manifestasi fisik (misal: meringis, berhati-hati)

- 2) Respons emosi

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa yang bisa didapat dari (Wilkinson and Ahern, 2012):

- a. Nyeri akut berhubungan dengan episiotomi/laserasi
-

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

- | | |
|--|--|
| <p>b. Konstipasi berhubungan dengan ketakutan mengalami defekasi yang nyeri akibat episiotomi</p> <p>c. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum dan pecah ketuban lama sebelum kelahiran</p> <p>d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan</p> <p>e. Resiko ketidakmampuan menjadi orang tua berhubungan dengan gangguan pelekatan orang tua/bayi.</p> <p>3. INTERVENSI</p> <p>a. Nyeri akut berhubungan dengan episiotomi/laserasi</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah diberi tindakan keperawatan diharapkan nyeri ibu berkurang</p> <p>Kriteria Hasil: Skala nyeri 0-1</p> <p>Ibu mengatakan nyerinya berkurang</p> <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji pemahaman tentang nyeri
R/ untuk menentukan apakah penyuluh di gunakan untuk mengurangi ansietas ibu 2) Kaji episiotomi/laserasi insisi untuk bukti perdarahan atau pembentukan hematoma
R/ Peningkatan perdarahan dan pembengkakan pada lokasi episiotomi insisi akan meningkatkan nyeri dan rasa tidak nyaman. 3) Jika nyeri hebat, anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi dan pernapasan yang telah diajarkan untuk persalinan
R/ memberi distraksi, meningkatkan rasa kontrol. | <ol style="list-style-type: none"> 4) Lakukan tindakan perawatan perineum
R/ memberi perawatan perineum, meningkatkan perasaan nyaman 5) Kolaborasi untuk pemberian analgetik
R/ untuk mengurangi rasa nyeri <p>b. Konstipasi berhubungan dengan ketakutan mengalami defekasi yang nyeri akibat episiotomi</p> <p>Tujuan : Setelah diberi tindakan keperawatan, pasien dapat BAB sedini mungkin</p> <p>Kriteria Hasil : Melaporkan keluarnya feses disertai berkurangnya nyeri</p> <p>Ibu merasa tidak takut lagi saat defekasi</p> <p>Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji bising usus klien
R/ Untuk menentukan apakah peristaltik telah kembali normal setelah melahirkan 2) Palpasi untuk diastasis rektal
R/ cairan yang cukup mencegah terjadinya konstipasi 3) Kaji feses untuk warna, konsistensi, jumlah dan frekuensi
R/ feses yang berbentuk dan keras mengindikasikan asupan cairan atau serat tidak adekuat. 4) Berikan penkes tentang diit makanan tinggi serat
R/ diit tinggi serat memperlancar system pencernaan 5) Kolaborasi pemberian obat pencahar atau supositoria |
|--|--|
-

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

R/ Sebagai obat pencahar untuk mempermudah BAB.

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum dan pecah ketuban lama sebelum kelahiran

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan infeksi tidak terjadi

Kriteria hasil : Tidak terdapat tanda-tanda infeksi

Intervensi :

- 1) Tinjau catatan persalinan dan kelahiran terkait infeksi yang sudah ada sebelumnya atau pajanan terhadap organisme infeksi.

R/ tanda dan gejala infeksi baru terjadi dengan lambat mungkin lebih dari 24 hingga 48 jam setelah kelahiran.

- 2) Lakukan penggantian pembalut dan perawatan perineal dengan sering, gunakan teknik dari depan kebelakang, hingga ibu dapat melakukannya sendiri.

R/ untuk menyingkirkan medium yang hangat, lembab untuk pertumbuhan pathogen, dan untuk menghindari pemindahan *Escherichia coli* dari rectum ke vagina dan saluran kemih.

- 3) Pantau tanda-tanda vital, khususnya suhu dan nadi.

R/ peningkatan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ menandakan infeksi.

- 4) Pantau warna dan bau lochea (pascapartum).

R/ mengkaji resiko atau indikator infeksi, lokia berbau tidak sedap

adalah tanda infeksi yang disebabkan oleh pembusukan bakteri dan sel mati.

- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan

Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan ibu dapat mencapai kepuasan menyusui.

Kriteria hasil : Bayi mendapat ASI yang cukup

Intervensi :

- 1) Kaji ulang tingkat pengetahuan dan pengalaman ibu tentang menyusui sebelumnya.

R/ membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini agar memberikan intervensi yang tepat.

- 2) Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik menyusui

R/ posisi yang tepat biasanya mencegah luka/pecah puting yang dapat merusak dan mengganggu.

- 3) Anjurkan ibu mengeringkan puting setelah menyusui

R/ agar kelembapan pada payudara tetap dalam batas normal.

- 4) Kaji aliran ASI

R/ Untuk memastikan bahwa bayi menerima ASI.

- e. Resiko ketidakmampuan menjadi orang tua berhubungan dengan gangguan pelekatan orang tua/bayi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan orang tua memberikan perilaku kasih sayang dan

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

memberikan anak lingkungan social, emosional, dan fisik yang konstruktif dan membangun.

KH : Orang tua mengungkapkan perasaan positif tentang bayi nya

Intervensi:

- 1.) Kaji perilaku orang tua yang mencerminkan kurangnya perlekatan.
R/ perilaku yang kasar dan tidak peduli adalah perilaku yang dapat berpengaruh negatif pada perlekatan bayi.
- 2) Tanyakan mengenai dukungan parenting/ emosional yang diperoleh ibu/pasangan dari orang tua masing-masing.
R/ Individu yang memiliki model peran parenting yang positif lebih cenderung beradaptasi terhadap tuntutan parenting.
4. Kaji hubungan antara ibu dan pasangan
R/ hubungan yang baik dengan komunikasi terbuka penting dalam pembelajaran menjadi orang tua.
5. Anjurkan rawat bersama, jika difasilitasi dalam institusi.
R/ memfasilitasi pelekatan dengan member privasi pada bayi, ibu, dan anggota keluarga lain untuk berinteraksi.

TINJAUAN KASUS

A. Biodata

1. Identitas pasien
Nama klien : Ny. T
Umur : 39 Tahun
Suku : Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Alamat : Ngipik Rt: 4/2 Karang Anyar, Musuk, Boyolali

No. Reg : 144555904

Tgl partus : 11 Maret 2014, jam 11.40

Tgl dikaji : 11 Maret 2014, jam 18.00

Diagnosa medis : G2P1A0 Hamil Aterm Kala I Lama + KPD

2. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. B

Pendidikan : SD

Hub. dengan klien : Suami

B. Pengkajian keperawatan

1. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada daerah kemaluan karena luka jahitan post partum.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien datang rujukan dari puskesmas Musuk 2, jam 03.30 WIB dengan diagnosa G2P1A0 hamil aterm kala I lama+KPD. Pasien langsung dibawa ke VK dan langsung dilakukan pemeriksaan, DJJ 130x/mnt, ketuban sudah pecah, jam 11.10 pasien mengatakan sudah ingin BAB dan pembukaan sudah lengkap. Advise dokter dilakukan episiotomy pada perineum dengan luka derajat 2. Pasien melahirkan spontan anak perempuan dengan berat 3100 gram. Keadaan umum baik tidak mengalami asfiksia maupun keluhan lainnya. Placenta lahir spontan kesan lengkap. Dilakukan 3 jahitan, medialateral dengan *chromic cutget 2/0*. Dilakukan observasi selama ± 2 jam perdarahan pervagina normal dan jam 14.40 pasien pindah ke ruang dahlia. Saat dikaji pasien mengatakan nyeri pada

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTİYANA)

daerah kemaluan karena luka jahitan post partum, saat disuruh milih angka skala nyeri, pasien memilih skala nyeri 7, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan muncul kadang-kadang.

3. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular contoh HIV penyakit menahun seperti asma dll.

4. Rawat Gabung

Iya, untuk menjalin kasih sayang ibu dan bayi.

5. Activity Daily Living

a. Pola Nutrisi.

Selama hamil : pasien mengatakan makan 4x sehari (nasi, sayur, lauk), tetapi akhir-akhir ini pasien tidak mengkonsumsi sayuran. Minum 6-8 gelas/hari.

Saat dikaji : pasien mengatakan makan sesuai diit habis 2/3 porsi, minum 4/hari

b. Pola eliminasi

Selama hamil : pasien BAK $\pm 10x$ /hari, dan BAB 1x/hari

Saat dikaji : pasien mengatakan BAK 2x, belum BAB dari 2 hari yang lalu terakhir tgl 8 Maret 2014 jam 07.00 WIB. Saat ini pasien takut untuk BAB dikarenakan nyeri luka episiotomi.

c. Istirahat dan Tidur

Selama hamil : tidur siang 1jam, tidur malam pukul 21.00-05.00 lama ± 8 jam tidur nyenyak.

Saat dikaji : pasien mengatakan tidur malam sering terbangun karena menetek bayinya.

d. Pola Personal hygien

Selama hamil : pasien mengatakan mandi 2x sehari memakai sabun, dan keramas 2 hari sekali pakai shampo, gosok gigi 2x sehari pakai pasta gigi.

Saat dikaji : pasien mengatakan mandi 2x sehari dan gosok gigi 2x sehari

e. Mobilisasi dan Aktifitas

Selama hamil : Pasien mengatakan saat hamil sering jalan-jalan pagi dan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Saat dikaji : Pasien mengatakan sudah mampu melakukan mobilisasi dan aktifitas toileting secara mandiri.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan episiotomi
2. Konstipasi berhubungan dengan ketakutan mengalami defekasi yang nyeri akibat episiotomi
3. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum dan pecah ketuban lama sebelum kelahiran

PEMBAHASAN

Pada bab ini menguraikan pembahasan tentang asuhan keperawatan pada Ny. T P2A0 post partum spontan dengan riwayat KPD di Ruang Dahlia RSUD Pandan Arang Boyolali. Kegiatan ini diawali dengan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi serta dokumentasi keperawatan, data-data yang didapatkan adalah :

A. Diagnosa yang muncul di tinjauan teori

1. Pengertian diagnosa keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan episiotomi
Nyeri akut adalah pengalaman sensori atau emosi tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan actual atau potensial atau kondisi lain yang masuk dalam kriteria kerusakan tersebut, awitan tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang diantisipasi atau diprediksi durasi nyeri kurang dari 6 bulan. (Green and Wilkinson, 2012)
 - b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang tingkat pengetahuan dan karakteristik payudara
Ketidakefektifan pemberian ASI adalah ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak dalam proses pemberian ASI. (Wilkinson and Ahern 2012)
 - c. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum dan pecah ketuban lama sebelum kelahiran
Resiko infeksi adalah berisiko terhadap invasi organisme patogen. (Wilkinson and Ahern, 2012)
 - d. Konstipasi berhubungan dengan ketakutan mengalami defekasi yang nyeri akibat episiotomi
Konstipasi adalah penurunan frekuensi normal defekasi, disertai kesulitan atau pengeluaran feses yang sangat keras dan kering. (Herdman, T. 2012)
 - e. Resiko ketidakmampuan menjadi orang tua berhubungan dengan gangguan pelekatan orang tua/bayi.
Resiko ketidakmampuan menjadi orang tua adalah resiko gangguan proses interaktif antara orang tua atau individu terdekat dan bayi yang membantu perkembangan hubungan timbal balik yang bersifat melindungi dan mengasuh. (Green and Wilkinson, 2012)
- B. Diagnosa yang muncul di kasus dan alasan penegakan diagnose keperawatan (tanda gejala yang mendukung)
1. Nyeri akut berhubungan dengan dengan episiotomi
Diagnosa ini bisa ditegakkan bila sesuai batasan karakteristik yaitu ada laporan nyeri individu yang diungkapkan atau disyaratkan, sikap melindungi, sikap tubuh yang tegang, berfokus pada diri sendiri atau penyempitan fokus, gangguan tidur tekanan darah meningkat, nadi meningkat. (Green and Wilkinson, 2012)
Diagnosa ini diprioritaskan sebagai prioritas pertama karena didasarkan pada keluhan yang dirasakan pasien saat itu yaitu subyektif pasien mengatakan nyeri pada perineum karena luka jahitan post partum, terasa seperti tertusutusk. Data-data objektif ada luka jahitan pada perineum. Hal ini akan
-
-

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

mengakibatkan ketidaknyamanan pasien dan akan mengganggu aktivitas pasien.

2. Konstipasi berhubungan dengan ketakutan mengalami defekasi yang nyeri akibat episiotomi

Diagnosa ini dapat ditegakkan bila sesuai batasan karakteristik yaitu nyeri abdomen, perasaan penuh atau tekanan pada rektum, nyeri saat defekasi, massa abdomen dapat dipalpasi, massa rektal dapat dipalpasi, bising usus hipoaktif, bunyi pekak pada saat perkusi. (Herdman, T. 2012)

Diagnosa ini ditegakkan sebagai diagnosa kedua, pasien mengalami konstipasi karena ketakutan yang disebabkan nyeri akibat episiotomi. Didasarkan pada keluhan pasien yaitu subyektif pasien mengatakan belum BAB 2 hari yang lalu, saat ini pasien mengatakan takut BAB karena adanya nyeri akibat episiotomi. Data-data obyektif abdomen ada nyeri tekan, bising usus 7x/menit, teraba massa pada abdomen, perkusi abdomen teraba bunyi pekak. Hal tersebut menunjukkan adanya konstipasi sesuai batasan karakteristik diatas.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum dan pecah ketuban lama sebelum kelahiran

Diagnosa ini dapat ditegakkan jika ada tanda-tanda persalinan lama, adanya luka perineum (misalnya, episiotomi atau laserasi)

pecah ketuban lama sebelum kelahiran, tidak adekuatnya imunitas. (Wilkinson and Ahern, 2012)

Alasan kenapa diagnose ini ditegakkan pada prioritas ketiga karena pasien mengalami KPD pada persalinan ini dan dilakukan episiotomi pada perineum, . Data-data subyektif yang mendukung yaitu pasien mengatakan belum begitu mengerti tentang cara perawatan luka perineum post partum, pasien mengatakan belum begitu mengerti tentang tanda-tanda infeksi. Data obyektifnya, vulva dan vagina tidak nampak adanya oedema dan varises, tetapi tampak kotor, terdapat luka perineum dengan jahitan 3 medialateral dengan chromic cutget 2/0.

- C. Diagnosa yang tidak muncul di kasus dan alasan tidak ditegakkan diagnosa keperawatan (tanda gejala yang mendukung)

1. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan

Pada kasus ini tidak dapat ditegakkan diagnosa ini, dengan adanya data subyektif yaitu ibu mengatakan ASI sudah keluar, ibu mengatakan sudah mengerti teknik menyusui yang benar, ibu mengatakan sudah mengetahui cara perawatan payudara. Data obyektifnya, payudara terlihat simetris antara kanan dan kiri sama,

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

putting menonjol, areola mammae melebar dan tampak bersih. Saat dipalpasi payudara terasa penuh, ASI sudah keluar.

Berdasarkan teori diagnosa ini tidak dapat ditegakkan apabila tidak terdapat batasan karakteristik yaitu ketidakadekuatan suplai ASI, putting lecet, kesempatan untuk menghisap payudara yang tidak mencukupi, kurang pengalaman dalam perawatan payudara, pengkosongan masing-masing payudara setiap kali menyusui yang tidak sempurna. (Wilkinson and Ahern, 2012)

2. Resiko ketidakmampuan menjadi orang tua berhubungan dengan gangguan pelekatan orang tua/bayi.

Pada kasus tidak dapat ditegakkan diagnosa ini, dengan adanya data subyektif yaitu pasien mengatakan senang menjadi orang tua dan bahagia mendapatkan anak kedua ini, pasien mengatakan perasaan positif kepada bayinya, pasien mengatakan bahagia bisa merawat anaknya, pasien mengatakan tidak ada konflik dalam keluarga, pasien mengatakan mendapatkan dukungan penuh dari suami dan keluarga dalam pola asuh, asih, asah bayinya. Data obyektifnya, hubungan orang tua dan bayi terlihat sangat dekat, orang tua ikut berpartisipasi dalam merawat bayi. Berdasarkan teori diagnosa ketidakmampuan menjadi orang tua tidak dapat ditegakkan apabila tidak terdapat batasan karakteristik NANDA

yang mencakup, namun tidak terbatas pada:

- a. Anak: sering sakit, gagal tumbuh, kurang kasih sayang
- b. Orang tua: penolakan atau permusuhan terhadap anak, ungkap ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan anak, asuhan yang tidak konsisten, penganiayaan, pengabaian, interaksi orang tua-anak yang buruk.

D. Hasil Evaluasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan dengan episiotomi

Evaluasi yang ditemukan pasien mengatakan nyeri berkurang (nyeri ringan), skala nyeri 2, wajah rileks dan tenang, pasien mulai banyak bergerak, tanda vital dalam batas normal hal ini sesuai dengan kriteria hasil yaitu ibu mengatakan nyerinya berkurang sampai hilang, tidak merasa nyeri saat mobilisasi, tanda vital dalam batas normal. Masalah teratasi sebagian dan tindakan tetap dipertahankan yaitu relaksasi progresif saat nyeri timbul.

- b. Konstipasi berhubungan dengan ketakutan mengalami defekasi yang nyeri akibat episiotomi

Evaluasi yang ditemukan pasien mengatakan sudah bisa BAB setelah diberi obat pencahar dan sudah paham tentang manfaat makanan berserat pasien mengatakan tidak takut saat defekasi yang mana sesuai dengan kriteria hasil melaporkan keluarnya feses disertai

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

berkurangnya nyeri, melaporkan kembali pola defekasi yang biasa, pasien merasa tidak takut lagi saat defekasi. Masalah teratasi dan menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum dan pecah ketuban lama sebelum kelahiran

Evaluasi Pasien mengatakan sudah berani membersihkan daerah perineum, setiap habis BAK maupun BAB dan mandi pasien membersihkan perineum, luka perineum tampak bersih dan kering. Masalah sudah teratasi, anjurkan pasien untuk melakukan perawatan perineum setiap hari.

Simpulan

Sesuai dengan tujuan umum dan tujuan khusus, setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam. Penulis dapat mencapai tujuan umum yaitu penulis mampu meningkatkan ketrampilan, kemampuan mengetahui, dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan dengan riwayat ketuban pecah dini di ruang Dahlia RSUD Pandan Arang Boyolali. Serta mencapai tujuan khususnya yaitu penulis mampu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan dan mampu

mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien post partum spontan dengan riwayat ketuban pecah dini.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, diperlukan kerjasama dari pihak yang berkompetensi baik pasien, keluarga, perawat, ataupun petugas medis lainnya, agar pasien mendapat asuhan keperawatan yang maksimal

Saran

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Diharapkan sebagai tambahan wacana dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien post partum spontan dengan riwayat ketuban pecah dini.

2. Bagi Pembaca

Disarankan untuk memahami hal-hal yang berkaitan dengan post partum dengan riwayat ketuban pecah dini, sehingga dapat dilakukan upaya-upaya yang bermanfaat untuk menghindari kasus diatas.

3. Bagi Rumah Sakit

Disarankan dapat meningkatkan mutu dan kualitas tindakan medis keperawatan khususnya dalam masalah post partum dengan riwayat ketuban pecah dini.

DAFTAR PUSTAKA

Bobak, Irene. M., Lowdermilk., and Jensen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. Jakarta : EGC.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P2A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN
RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DAHLIA RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI (KRISTIYANA)

- Cunningham, F. Gary., Leveno., and Bloom. 2013. *Obstetri Williams Edisi 23*. Jakarta: EGC
- Nugroho, Taufan. 2012. *Obstetri dan Ginekologi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Depkes RI, 2011, Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA), Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Kesehatan Keluarga, Jakarta.
- Dutton, Lauren A & Densmore, Jessica E. 2011. *Rujukan Cepat Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Green,C. J and J. M. Wilkinson. 2013. *Rencana Asuhan Keperawatan Maternal & Bayi Baru Lahir*. Jakarta : EGC
- Herdman, T. 2012. *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta : EGC
- Manuaba, I Bagus. 2004. *Kepaniteraan Klinik Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Mitayani, 2009. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Norwitz, Errol dan John Schorge. 2008. *At a Glance Obstetri & Ginekologi*. Edisi 2. Jakarta: Erlangga.
-